

TRASMISSIONE SOLO A MEZZO POSTA ELETTRONICA
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.LGS 82/2005

Ai Dirigenti scolastici
Liceo Classico Linguistico "C. Sylos"
Liceo Scientifico "Galileo Galilei"
ITC "V. Giordano"
ITS "Volta – De Gemmis"

Scuola secondaria di I Grado "Modugno-Rutigliano-Rogadeo"
Scuola secondaria di I Grado "A. Derenzio"
Scuola secondaria di I Grado "C. Sylos"
Scuola secondaria di I Grado "Don Tonino Bello"

E per il loro tramite
ai genitori degli alunni

OGGETTO: vaccinazione anti SARS COV 2 per gli studenti. Comunicazione.

Le recenti disposizioni in tema di vaccinazione anti SARS- COV 2 pongono indicazioni all'offerta attiva e gratuita a tutti gli studenti di età compresa tra 12 e 18 anni che nel corso del prossimo anno scolastico frequenteranno le scuole secondarie di I e II grado. Ciò premesso, i genitori degli alunni che intendono vaccinare i propri figli, potranno recarsi, senza prenotazione, presso l'HUB vaccinale di Bitonto allestito presso la palestra della scuola media F. Rutigliano, provvisti della documentazione allegata debitamente compilata, secondo il seguente calendario.

26/08/2021 ore 8.30- 14.00

ore 15.00- 19.00

Gli studenti del Liceo Classico linguistico C. Sylos; gli studenti della scuola media C. Sylos.

27/08/2021 ore 8.30- 14.00

ore 15.00- 19.00

Gli studenti del Liceo Scientifico G. Galilei; gli studenti della scuola media A. Derenzio.

30/08/2021 ore 8.30- 14.00

ore 15.00- 19.00

Gli studenti del ITS Volta De Gemmis; gli studenti del ITC V. Girdano.

31/08/2021 ore 8.30- 14.00

ore 15.00- 19.00

Gli studenti della scuola media Modugno.Rutigliano-Rogadeo; gli studenti della scuola media Don Tonino

Bello.

Confidando nella VS. preziosa collaborazione, si coglie l'occasione per ringraziare e porgere cordiali saluti.

SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
| SISP AREA NORD |

IL DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
Dott. Onofrio PAGONE

(firma autografa sostituita da indicazione
a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2,
D.L. n. 39/93)

www.asl.bari.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Sede Legale: Lungomare Starita 6, 70123 BARI

p.iva c.f. : 06534340721

PEC: dipartimentoprevenzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it

MAIL: dipartimento.prevenzione@asl.bari.it

SISP AREA NORD

Sede: Piazza De Napoli 5, 70022 ALTAMURA

Telefono: 0803108619

PEC: sispnord.aslbari@pec.rupar.puglia.it

MAIL: sisp.aneanord@asl.bari.it



**REGIONE
PUGLIA**

pag. 1 / 1

**MODULO DI CONSENSO ALLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19
PER MINORI DI ANNI 18**

DATI IDENTIFICATIVI DEL VACCINANDO

Cognome Nome.....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Residenza.....

TelefonoMail

Numero tessera sanitaria (se disponibile).....

Codice fiscale.....

**DATI IDENTIFICATIVI DEI GENITORI O DI ALTRI SOGGETTI TITOLARI DELLA POTESTÀ
GENITORIALE**

1) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato dail.....

Scadenza

2) Genitore/Titolare della potestà genitoriale

Cognome Nome.....

nato a il

Documento di identità n.

Rilasciato dail.....

Scadenza

Il sottoscritt / _____
consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o
formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, nonché in
caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

DICHIARA/DICHIARANO
sotto la propria responsabilità:

- di aver letto, di aver ricevuto illustrazioni in una lingua nota e di aver del tutto compreso la Nota Informativa redatta dalla Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino: _____
 - di aver riferito al Medico le patologie del minore, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione;
 - di aver avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e allo stato di salute del minore ottenendo risposte esaurienti e da me/noi comprese;
 - di essere stato adeguatamente informato con parole a me/noi chiare;
 - di aver compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione del minore, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista;
 - di essere consapevole/i che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà responsabilità del genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale informare immediatamente il Medico curante del minore e seguirne le indicazioni;
 - di accettare di rimanere con il minore nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate;
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare nella giornata odierna, mediante delega scritta corredata da copia di documento di identità (in allegato);
 - di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente;

SPAZIO RISERVATO AD EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL TRIBUNALE DEI MINORI
RELATIVAMENTE ALLA POTESTÀ GENITORIALE

Provvedimento del Tribunale dei Minori di
n. data

di **ACCONSENTIRE ED AUTORIZZARE** la somministrazione del **VACCINO COVID 19** _____

Data e Luogo _____

Firma del minore _____

Firma del 1° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

Firma del 2° genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale

di RIFIUTARE la somministrazione del VACCINO COVID 19 _____
Data e Luogo _____
Firma del minore _____
Firma del 1°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____
Firma del 2°genitore/soggetto titolare della potestà genitoriale _____

Professionisti Sanitari dell'equipe vaccinale

Cognome e Nome (Medico) _____
confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla
Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

Cognome e Nome e _____ Ruolo _____
confermo che il Vaccinando e il genitore/ soggetto titolare della potestà genitoriale hanno espresso il consenso alla
Vaccinazione, dopo essere stati adeguatamente informati.

Firma _____

*La presenza del 2° sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove
operi un singolo Medico, al domicilio o in stato di criticità logistico-organizzativa.*

**N.B. LA VACCINAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA IN CASO DI MANCANZA DEI
DOCUMENTI SOPRA CITATI**

DELEGA PER LA VACCINAZIONE anti-COVID-19 nei MINORI

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto/a (nome e cognome del genitore che non può essere presente alla vaccinazione)

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

Rec. Telefonico _____

Padre / Madre di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ il _____

Impossibilitato ad essere presente esprimo il mio consenso alla somministrazione del suddetto vaccino e al trattamento dei dati personali e

DELEGO

Il /la Sig./Sig. ra (nome e cognome) _____

_____ Padre / Madre del minore

Documento _____ N. _____

Rilasciato da _____ in data _____

a rappresentarmi presso l'Ambulatorio vaccinale per la vaccinazione di **NOSTRO/A FIGLIO/A**

(nome e cognome) _____

IN DATA _____

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante

(luogo, data)

firma del Delegante